Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten

ÜBERSICHT
ÜBER DIE SCHWEIZERISCHE SOZIALE SICHERHEIT

(Das mit der EG abgeschlossene Abkommen über die Freizügigkeit im Personenverkehr und das Abkommen zur Änderung des EFTA-Übereinkommens sowie die mit anderen Staaten abgeschlossenen zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen bleiben vorbehalten)

Stand: 1.1.2026

– Organisation ..... S. 2
– Finanzierung ..... S. 3
– Krankenversicherung ..... S. 8
– Versicherung für Unfälle und Berufskrankheiten ..... S. 13
– Grund-Rentenversicherung (1. Säule) ..... S. 18
  Altersversicherung ..... S. 18
  Leistungen an Hinterlassene ..... S. 22
  Invalidenversicherung ..... S. 24
– Erwerbsausfallentschädigung für Dienstleistende, Mutterschaftsentschädigung, Entschädigung des andern Elternteils, Adoptions- und Betreuungsentschädigung S. 32
– Ergänzungsleistungen zur 1. Säule ..... S. 35
– Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose ..... S. 36
– Berufliche Vorsorge (2. Säule) ..... S. 37
– Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a) ..... S. 43
– Familienzulagen ..... S. 44
– Arbeitslosenversicherung ..... S. 46

INT/OI/2026
(V.o. français)

ORGANISATION

Bundesamt für Gesundheit (BAG)		Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)			BSV und Kantone	Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)
Krankheit Mutterschaft (Sachleistungen)	Unfälle und Berufskrankheiten	Alter, Hinterlassene und Invalidität (1. Säule), Erwerbsausfallentschädigungen, Ergänzungsleistungen und Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose	Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (2. Säule)	Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a)	Familienzulagen	Arbeitslosigkeit
– anerkannte Krankenkassen (öffentliche und private Krankenkassen) – private Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.2004 unterstehen und über eine Bewilligung verfügen, die soziale Krankenversicherung durchzuführen – gemeinsame Einrichtung KVG – Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung	– Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA); sie versichert rund 50% aller Arbeitnehmer – Andere Versicherer: - private Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.2004 unterstehen - öffentliche Unfallversicherungskassen - Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26.9.2014 – Ersatzkasse, die von den genannten Versicherern (ausser der SUVA) geführt wird. Diese erbringt die gesetzlichen Versicherungsleistungen an verunfallte Arbeitnehmer, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist und die von ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind	– Ausgleichskassen (öffentliche und Verbandsausgleichskassen) – Zentrale Ausgleichsstelle für die Invalidenversicherung ausserdem: – kantonale IV-Stellen – IV-Stelle für Versicherte im Ausland für die Ergänzungsleistungen und die Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose: normalerweise kantonale Ausgleichskassen	– registrierte Vorsorgeeinrichtungen – Sicherheitsfonds (mit der Zentralstelle 2. Säule) – Auffangeinrichtung – Freizügigkeitseinrichtungen	– Bankstiftungen (Sperrkonten) – Versicherungseinrichtungen (Versicherungspolicen)	Bundesrechtliche Ordnung (landwirtschaftliche Arbeitnehmer und selbstständigerwerbende Landwirte): kantonale Ausgleichskassen Kantonale Ordnungen (ausserhalb der Landwirtschaft): Familienausgleichskassen (anerkannte berufliche oder zwischenberufliche Kassen und kantonale Kassen)	– Öffentliche (kantonale) Arbeitslosenkassen sowie anerkannte private Arbeitslosenkassen – Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung (einschl. Ausgleichsfonds) – Von den Kantonen bezeichnete Behörden – Regionale Arbeitsvermittlungszentren – Tripartite Kommissionen – Ausgleichskassen der AHV – Zentrale Ausgleichsstelle der AHV – Arbeitgeber

FINANZIERUNG

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Krankheit/Mutterschaft Krankenpflegeversicherung	– Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Die Prämientarife bedürfen der Genehmigung durch das BAG. – Der Versicherer erhebt von seinen Versicherten die gleichen Prämien. Er stuft aber grundsätzlich die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden ab; er kann die Prämien regional abstufen. – Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) und für Versicherte, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (junge Erwachsene) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Die Prämie für Kinder muss tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene. – Besondere Versicherungsformen: S. 11.	Die Kantone richten ein Prämienverbilligungssystem für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ein, für das sie ein Mindestbudget bereitstellen müssen. Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80% und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50%. Jeder Kanton legt zudem fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf. Der Bund finanziert das Prämienverbilligungssystem mit, indem er den Kantonen jährlich einen Beitrag gewährt, der 7,5% der Bruttokosten der Versicherung entspricht, verteilt nach kantonaler Wohnbevölkerung. Für das Jahr 2026: Bundesbeitrag von SFr. 3 743 Mio.
Krankheit Krankengeldversicherung	– Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. – Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien. Jedoch kann der Versicherer die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen. – Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren.	_____

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE (PRÄMIEN)		BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Unfälle und Berufskrankheiten	Nichtberufsunfälle:		_____
	Arbeitnehmer:	In ‰ des versicherten Verdienstes. Die Versicherten können in Tarifklassen eingeteilt werden.	
	Arbeitgeber:	keine.	
	Arbeitslose (SUVA):	37,7‰*	
	Berufsunfälle und Berufskrankheiten:		_____
	Arbeitnehmer:	keine.	
	Arbeitgeber:	In ‰ des versicherten Verdienstes. Dem Risiko entsprechende Nettoprämien und Zuschläge für die Kosten für Verwaltung, Unfallverhütung etc. Betriebe sind nach Unfallrisiko und Betriebsverhältnissen in Klassen und Prämienstufen eingereiht; die Nettohöhe der Prämie bewegt sich je nach Einreihung des Betriebs.	
	Höchster versicherter Verdienst:	SFr. 148 200.– /Jahr.	

* 25,1‰ werden direkt vom Taggeld der Arbeitslosenversicherung abgezogen, die weiteren 12,6‰ werden vom Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung übernommen.

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Alter und Hinterlassene (1. Säule)	Arbeitnehmer: 4,35% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Arbeitgeber: 4,35% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Selbständigerwerbende: 8,1% (Verminderung des Beitragssatzes gemäss sinkender Skala). Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 435.– und SFr. 21 750.– pro Jahr.	Bund: 20,20% der jährlichen Ausgaben der Versicherung. MwSt: 1,4 Prozentpunkte der Mehrwertsteuer werden für die AHV verwendet. Ertrag aus der Spielbankenabgabe. *Die Hilflosenentschädigung wird ausschliesslich durch den Bund finanziert.*
Invalidität (1. Säule)	Arbeitnehmer: 0,7% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Arbeitgeber: 0,7% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Selbständigerwerbende: 1,4% (Verminderung des Beitragssatzes gemäss sinkender Skala). Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 70.– und SFr. 3 500.– pro Jahr.	Bund: Beitrag ist abhängig von der konjunkturellen Entwicklung, höchstens die Hälfte und mindestens 37,7% der jährlichen Ausgaben der Versicherung. *Die Hilflosenentschädigung und die ausserordentlichen Renten werden ausschliesslich durch den Bund finanziert.*
Erwerbsausfallentschädigungen für Dienstleistende Mutterschaftsentschädigungen, Entschädigungen des andern Elternteils, Adoptions- und Betreuungsentschädigungen	Arbeitnehmer 0,25% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Arbeitgeber: 0,25% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Selbständigerwerbende: 0,5% (Verminderung des Beitragssatzes gemäss sinkender Skala). Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 25.– und SFr. 1 250.– pro Jahr.	———
Ergänzungsleistungen	———	Jährliche Ergänzungsleistungen: Deckung der Ausgaben durch den Bund (5/8) und die Kantone (3/8). Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten: Deckung der Ausgaben durch die Kantone.

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose	_____	Deckung der Ausgaben durch den Bund.
Berufliche Vorsorge (2. Säule)	– nach den Reglementen der Vorsorgeeinrichtungen (sie müssen die Einhaltung ihrer Verpflichtungen garantieren). – Beiträge zulasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers; die Summe der Beiträge des Arbeitgebers muss mindestens gleich hoch sein wie die Summe der Beiträge seiner Arbeitnehmer. – der Sicherheitsfonds wird mit den jährlichen Beiträgen der Vorsorgeeinrichtungen, die dem Freizügigkeitsgesetz unterstellt sind, sowie mit dem Ertrag aus seinem Vermögen finanziert.	_____
Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3 a)	Die Höhe der Beiträge wird vom Vorsorgenehmer bestimmt. Diese Beiträge können vom steuerbaren Einkommen wie folgt abgezogen werden: – Lohnbezüger: pro Jahr bis SFr. 7 258.–; – Selbständigerwerbende: pro Jahr bis zu 20% des Erwerbseinkommens, höchstens aber SFr. 36 288.–.	_____

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE			BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Familienzulagen	Bundesrechtliche Ordnung	Arbeitnehmer: Arbeitgeber: Landwirt:	keine. 2% der Löhne. keine.	Deckung des Defizits durch den Bund (2/3) und die Kantone (1/3). Deckung der Ausgaben durch den Bund (2/3) und die Kantone (1/3).
	Kantonale Ordnungen	Arbeitnehmer: Arbeitgeber: Selbständig-erwerbende: Nichterwerbstätige:	keine (Ausnahme im Wallis: 0,13% der Löhne). von 1,025 bis 2,75% der Löhne je nach Kasse. von 0,85 bis 2,95% des Einkommens je nach Kasse; Beitragsbemessungsgrenze: SFr. 148 200.– /Jahr. in sechs Kantonen (Glarus, Solothurn, Appenzell Ausserrhodern, St. Gallen, Thurgau und Tessin), Beitrag berechnet in Prozenten der AHV-Beiträge, sofern diese Beiträge den AHV-Mindestbeitrag übersteigen.	Die Kantone finanzieren die Familienzulagen für Nichterwerbstätige.
Arbeitslosigkeit	Arbeitnehmer: Arbeitgeber: Maximal versicherter Verdienst:	1,1% des versicherten Verdienstes. 1,1% des versicherten Verdienstes. SFr. 12 350.– /Monat.		Der Bund beteiligt sich an den Kosten der Durchführung der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der arbeitsmarktlichen Massnahmen im Umfang von 0,159% der von der Beitragspflicht erfassten Lohnsumme. Die Beteiligung des Bundes wird im Zeitraum von 2025–2029 um insgesamt SFr. 1,25 Milliarden gekürzt. Wenn nötig gewährt der Bund Tresoreriedarlehen zu Marktbedingungen.

KRANKENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
MATERIELLER GELTUNGSBEREICH	Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung. *Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach dem KVG Zusatzversicherungen anzubieten; jedoch unterliegen diese nicht dem KVG sondern dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.*
BEGRIFFE	– Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen; – Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat; – Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG	
Versicherte	Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (Ausnahmen sind in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 enthalten). Die versicherungspflichtigen Personen können den Versicherer frei wählen.
Anspruchsvoraussetzungen	Keine Karenzzeit.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Leistungen	a) Allgemeine Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt), Geburtsgebrechen (die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind) und strafloser Abbruch der Schwangerschaft: – Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren, Pflegefachpersonen oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen; – Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim von einer Pflegefachperson, in einer Organisation die Pflegefachpersonen beschäftigt, oder auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erbracht werden; – Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt und einer Pflegefachperson angeordnet werden, während längstens zwei Wochen; – ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände; – Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren – ärztlich durchgeführte oder angeordnete Massnahmen der medizinischen Rehabilitation; – Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung; – Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus; – Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten; – Leistungen der Apotheker (Beratung) bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln. b) Medizinische Prävention: Übernahme der Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet. c) Besondere Leistungen bei Mutterschaft: – von Ärzten oder von Hebammen durchgeführte oder ärztlich angeordnete Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft; – Beitrag an Kurse zur Geburtsvorbereitung; – Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie Geburtshilfe durch Ärzte oder Hebammen; – Stillberatung; – Pflege und Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält. d) Zahnärztliche Behandlungen: Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese: – durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems; oder – durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder – bei einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist. Übernahme auch der Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht sind, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Beginn des Leistungsanspruchs	Seit Beginn der Krankheit.
Dauer des Leistungsanspruchs	Unbeschränkte Dauer.
Leistungserbringer	– Ärzte; – Apotheker; – Zahnärzte; – Chiropraktoren; – Hebammen; – Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Logopäden, Ernährungsberater, Neuropsychologen, psychologische Psychotherapeuten, Podologen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; – Laboratorien; – Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; – Spitäler; – Geburtshäuser; – Pflegeheime; – Heilbäder; – Transport- und Rettungsunternehmen; – Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte dienen.
Wahl des Leistungserbringers	Die versicherte Person kann unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen; die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärzten werden durch den Bundesrat festgelegt.
Kostenübernahme	Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Es gibt Sonderbestimmungen für Notfälle oder wenn Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer beanspruchen.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Kostenbeteiligung des Versicherten	Ein fester Jahresbetrag (Franchise) nur für Erwachsene* und ein Kostenanteil in % (Selbstbehalt). Versicherte, die älter als 25 Jahre sind, leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Ordentliche Franchise: SFr. 300.– pro Kalenderjahr. Selbstbehalt: 10% der Krankenpflegekosten, die den Franchisebetrag übersteigen bis zum Betrage von SFr. 700.– für Erwachsene und SFr. 350.– für Kinder (sind jedoch mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, zahlen sie zusammen höchstens SFr. 1 000.–). Der Selbstbehalt beträgt 40% für Arzneimittel, deren Fabrikabgabepreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste um mindestens 10% übersteigt. Täglicher Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital: SFr. 15.– (ohne zeitliche Begrenzung). Keine Kostenbeteiligung, weder bei Leistungen für Mutterschaft noch bei Pflegeleistungen, die ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden. Auf die Impfungen und die Impfberatungen wird keine Franchise erhoben, sofern die Leistungen im Rahmen eines nationalen Präventionsprogramms durchgeführt werden.
Besondere Versicherungsformen, die eine Prämienermässigung zur Folge haben	– Versicherung mit wählbaren Franchisen: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der Erwachsene eine höhere Franchise wählen können und bei der Kinder eine Franchise zahlen. Die höheren Franchisen betragen für Erwachsene SFr. 500.–, 1 000.–, 1 500.–, 2 000.– und 2 500.– und für Kinder SFr. 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– und 600.–. – Bonusversicherung: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat. Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention. – Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Der Versicherer kann in diesem Fall ganz oder zum Teil auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise verzichten.

* Mehr als 18 Jahre alt.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENGELDVERSICHERUNG	
Beitritt	Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer eine Taggeldversicherung abschliessen. Eine Versicherungspflicht kann sich aus einem individuellen Arbeitsvertrag, einem Normalarbeitsvertrag oder einem Gesamtarbeitsvertrag ergeben. In diesem Fall kann die Taggeldversicherung in Form eines Kollektivvertrages abgeschlossen werden.
Anspruchsvoraussetzungen	Keine Karenzzeit.
Versicherungsvorbehalt	Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Die Vorbehalte fallen spätestens nach 5 Jahren dahin.
Wechsel des Versicherers (Freizügigkeit)	Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt, oder sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet, oder der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt. Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten geltend zu machen.
Wartefrist	Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden.
Höhe des Krankengeldes	Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld.
Leistungsdauer	Während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Versicherte	– Obligatorisch versichert sind die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer, arbeitslose Personen, die die Anspruchsvoraussetzungen nach Artikel 8 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes vom 25.6.1982 erfüllen (S. 47) und die Personen, die in einer Anstalt oder Werkstätte oder in einem Betrieb an Massnahmen der Invalidenversicherung teilnehmen, sofern sie in einem arbeitsvertragsähnlichen Verhältnis stehen. Als Arbeitnehmer gilt, wer eine unselbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der AHV ausübt; – freiwillige Versicherung für Selbständigerwerbende.
Beginn und Ende der Versicherung*	– Sie beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt; – sie endet mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört (der Versicherer hat dem Versicherten die Möglichkeit zu bieten, die Versicherung durch besondere Abrede bis zu sechs Monaten zu verlängern). Der Bundesrat bezeichnet die Entgelte und Ersatzleistungen, die als Löhne zu betrachten sind.
Rückgriff	Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Versicherungsträger im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.
Verschulden des Versicherten	– Wurde der Gesundheitsschaden oder der Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten; – bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Nichtberufsunfalls durch den Versicherten können die Taggelder für die ersten zwei Jahren gekürzt werden; – hat der Versicherte den Unfall bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so können die Geldleistungen gekürzt oder verweigert werden.
VERSICHERTE RISIKEN	
Begriffe	Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
Berufsunfälle	Unfälle, die dem Versicherten zustossen bei Arbeiten, die er auf Anordnung des Arbeitgebers oder in dessen Interesse ausführt oder dann, während der Arbeitspausen sowie vor und nach der Arbeit, wenn er sich befugterweise auf der Arbeitsstätte oder im Bereiche der mit seiner beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gefahren aufhält.
Nichtberufsunfälle	Alle sonstigen Unfälle, grundsätzlich einschliesslich der sogenannten Wegeunfälle.
Berufskrankheiten	Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (spezielle Liste dieser Stoffe und Arbeiten), sowie andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit hervorgerufen worden sind (allgemeine Klausel).

* Für Arbeitslose besteht eine besondere Regelung.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

PFLEGELEISTUNGEN UND KOSTENVERGÜTUNGEN	– Zweckmässige medizinische Behandlung:
	  – ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie durch den Chiropraktor und die ambulante Behandlung in einem Spital;
	  – vom Arzt oder Zahnarzt verordnete Arzneimittel und Analysen;
	  – Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;
	  – ärztlich verordnete Nach- und Badekuren;
	  – der Heilung dienliche Mittel und Gegenstände.
	
	Freie Wahl von Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor, Apotheke, Spital und Kuranstalt.
	
	– Einfache und zweckmässige Hilfsmittel, die körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen; Abgabe leihweise oder zu Eigentum.
	
	– Sachschäden: der Versicherte hat Anspruch auf Deckung der durch den Unfall verursachten Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen (für Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur unter bestimmten Voraussetzungen).
	
	– Notwendige Rettungskosten sowie medizinisch notwendige Reise- und Transportkosten werden vergütet. Die Vergütung für Kosten im Ausland ist begrenzt.
	
	– Leichentransport- und Bestattungskosten.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

GELDLEISTUNGEN	Taggeld, Invalidenrente, Integritätsentschädigung, Hilflosenentschädigung, Hinterlassenenrente, Abfindung
TAGGELD*	
Entstehung und Dauer des Anspruches	Er entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten.
Höhe	80% des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird entsprechend gekürzt. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt wird ein Abzug für die Unterhaltskosten gemacht, ausser bei Versicherten, die für minderjährige oder in Ausbildung (Berufslehre, Studium) begriffene Kinder zu sorgen haben.
Versicherter Verdienst für die Bemessung der Taggelder	Der letzte vom Versicherten vor dem Unfall bezogene Lohn. Er wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Max. SFr. 406.– / Tag.
INVALIDENRENTE	
Begriff der Invalidität	Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
Beginn und Ende des Anspruchs	Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Der Anspruch erlischt mit der gänzlichen Abfindung, mit dem Auskauf der Rente oder mit dem Tod des Versicherten.
Mindestsatz der Erwerbsunfähigkeit	Ist der Versicherte zu mindestens 10% invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) ereignet hat. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.
Höhe	Vollinvalidität: 80% des versicherten Verdienstes. Teilinvalidität: entsprechende Kürzung. Beim Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) werden die Invalidenrente und die Komplementärrente (S. 17) entsprechend dem Alter der versicherten Person im Unfallzeitpunkt und ihrem Invaliditätsgrad gekürzt.
Versicherter Verdienst für die Bemessung der Invalidenrente	Der vom Versicherten innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn. Max. SFr. 12 350.– /Monat.
ABFINDUNG DES VERSICHERTEN	Kann aus der Art des Unfalles und dem Verhalten des Versicherten geschlossen werden, dass er durch eine einmalige Entschädigung wieder erwerbsfähig würde, so hören die bisherigen Leistungen auf und der Versicherte erhält eine Abfindung von höchstens dem dreifachen Betrag des versicherten Jahresverdienstes.

* Für Arbeitslose besteht eine besondere Regelung.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

INTEGRITÄTS-ENTSCHÄDIGUNG	Kapitalleistung, die entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft wird und den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf.
HILFLOSEN-ENTSCHÄDIGUNG	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Die Hilflosenentschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen.
HINTERLASSENENRENTE	
– Überlebender Ehegatte* Anspruch	– Witwe und Witwer, die bei der Verwitwung ein oder mehrere rentenberechtigte Kinder haben oder die mindestens zu zwei Dritteln invalid sind; – Witwe, die Kinder hat, die nicht mehr rentenberechtigt sind, oder die das 45. Altersjahr zurückgelegt hat; Witwen haben Anspruch auf eine einmalige Abfindung, wenn sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente nicht erfüllen; – der geschiedene Ehegatte der Witwe oder dem Witwer gleichgestellt ist, sofern der verstorbene Versicherte ihm gegenüber zu Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war.
Höhe der Rente	40% des versicherten Verdienstes. Die Hinterlassenenrente für den geschiedenen Ehegatten entspricht 20% des versicherten Verdienstes, höchstens aber dem geschuldeten Unterhaltsbeitrag.
Höhe der Abfindung	Entsprechend der Dauer der Ehe: weniger als 1 Jahr: einfacher Jahresbetrag der Rente; mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahre: dreifacher Jahresbeitrag der Rente; mehr als 5 Jahre: fünffacher Jahresbetrag der Rente.
– Waisen Anspruch	Halb- oder Vollwaisenrente.
Höhe	Halbwaisenrente: 15% des versicherten Verdienstes; Vollwaisenrente: 25% des versicherten Verdienstes.
Dauer der Gewährung	Der Rentenanspruch des überlebenden Ehegatten erlischt mit der Wiederverheiratung, mit dem Tod des Berechtigten oder dem Auskauf der Rente. Der Anspruch auf Waisenrente erlischt mit der Vollendung des 18. Altersjahres (bei Ausbildung spätestens mit dem 25. Altersjahr) oder dem Tode der Waise oder mit dem Auskauf der Rente.
Höchstbetrag für mehrere Anspruchsberechtigte	Für mehrere Hinterlassene zusammen betragen die Hinterlassenenrenten gesamthaft höchstens 70% des versicherten Verdienstes (zusammen mit der Rente für den geschiedenen Ehegatten höchstens 90%).
Versicherter Lohn für die Bemessung der Hinterlassenenrenten	Wie für die Invalidenrente.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

ANPASSUNG	Die Renten der Unfallversicherung werden gleichzeitig mit den Renten der Grund-Rentenversicherung (1. Säule) an die Preisentwicklung angepasst.
ZUSAMMENTREFFEN VON LEISTUNGEN	Bei Zusammentreffen mit Leistungen der AHV/IV gewährt die Unfallversicherung nur eine Komplementärrente, die der Differenz zwischen 90% des versicherten Verdienstes und der/den Rente(n) der AHV oder der IV entspricht, höchstens aber dem Betrag, auf den der/die Berechtigte(n) allein in der Unfallversicherung Anspruch hätte(n).

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel	Gemäss Artikel 112 der Bundesverfassung haben die Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) den Existenzbedarf angemessen zu decken.
Obligatorische Versicherung	Alle natürlichen Personen, die in der Schweiz ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder dort eine Erwerbstätigkeit ausüben, sind obligatorisch versichert, ebenso Schweizer Bürger, die im Ausland im Dienste der Eidgenossenschaft, oder der internationalen Organisationen mit denen der Bundesrat ein Sitzabkommen abgeschlossen hat, oder privater, vom Bund nahmhaft subventionierter Hilfsorganisationen, tätig sind. Das Gesetz sieht gewisse Ausnahmen von der obligatorischen Versicherung vor. Die Versicherung können weiterführen: - Personen, die für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz im Ausland tätig sind und von ihm entlöhnt werden, sofern dieser sein Einverständnis erklärt; - nicht erwerbstätige Studierende, die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgeben, um im Ausland einer Ausbildung nachzugehen, bis zum 31.12. des Jahres, in welchem sie das 30. Altersjahr vollenden.
Freiwillige Versicherung	Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der EU oder der EFTA, die ausserhalb der Schweiz, der EU oder der EFTA leben, können der freiwilligen Versicherung beitreten, falls sie unmittelbar vorher während mindestens fünf aufeinander folgenden Jahren obligatorisch versichert waren.
Unterstellung	– Die Versicherten sind beitragspflichtig, soweit sie eine Erwerbstätigkeit ausüben; – für Nichterwerbstätige beginnt die Beitragspflicht am 1. Januar des Jahres nach Vollendung des 20. Altersjahres und dauert bis zum Ende des Monats, in welchem Frauen das 64. Altersjahr plus 6 Monate* und Männer das 65. Altersjahr (Referenzalter, Rentenalter) vollendet haben; – zwei Kategorien junger Versicherter müssen keine Beiträge bezahlen; – Beiträge auf Einkommen bis zu 2'500 Franken pro Jahr und Arbeitgeber werden nur auf Verlangen des Versicherten erhoben, ausser in bestimmten Tätigkeitsbereichen (Privathaushalte, Kultur- oder Medienbereiche) oder wenn es sich um die Haupttätigkeit eines Selbstständigen handelt; – Befreiung der AHV-Beitragspflicht (auf welche verzichtet werden kann) für Erwerbseinkommen bis zu SFr. 1 400.– /Monat (respektive SFr. 16 800.–/Jahr) für erwerbstätigen Versicherten nach Erreichen des Referenzalters (Rentenalter); – die eigenen Beiträge gelten als bezahlt, sofern der Ehegatte** Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages bezahlt hat, bei: a. nichterwerbstätigen Ehegatten** von erwerbstätigen Versicherten; b. Versicherten, die im Betrieb ihres Ehegatten** mitarbeiten, soweit sie keinen Barlohn beziehen.

* Das Referenzalter der Frauen wird schrittweise in Etappen von drei Monaten von 64 auf 65 Jahre erhöht. Ab 2028 wird für Frauen und Männer ein einheitliches Referenzalter von 65 Jahren gelten.

** Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare besteht, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN	
Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen	– Schweizer Bürger: sie müssen das Referenzalter (Rentenalter) vollendet haben (im Jahr 2026: 65 für Männer, 64 und 6 Monate für Frauen*) und es müssen ihnen für mindestens ein volles Jahr Beiträge angerechnet werden können; – Ausländer: wie bei Schweizer Bürgern; sie müssen ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.
Berechnung der Rente	Aufgrund des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens und der Anzahl Beitragsjahre.
Durchschnittliches Jahreseinkommen	Das durchschnittliche Jahreseinkommen setzt sich zusammen aus: - den Erwerbseinkommen; - den Erziehungsgutschriften; - den Betreuungsgutschriften.
Erwerbseinkommen	Es werden die Erwerbseinkommen berücksichtigt, auf denen Beiträge bezahlt wurden; die Beiträge von nichterwerbstätigen Personen werden umgewandelt und als Erwerbseinkommen angerechnet; die Einkommen, die Ehegatten** während der Kalenderjahre der gemeinsamen Ehe** erzielt haben, werden geteilt und je zur Hälfte den beiden Ehegatten** angerechnet (Splitting). Hat die versicherte Person nach Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) Beiträge entrichtet, so kann sie einmal eine neue Berechnung ihrer Rente verlangen, bei der die Erwerbseinkommen berücksichtigt werden, welche während der zusätzlichen Beitragsdauer erzielt wurden und auf denen Beiträge entrichtet worden sind.
Splitting	Die Einkommensteilung wird vorgenommen: - wenn beide Ehegatten** das Referenzalter (Rentenalter) erreicht haben; - wenn eine verwitwete Person** das Referenzalter (Rentenalter) erreicht; - bei Auflösung der Ehe durch Scheidung**; - wenn beide Ehegatten Anspruch auf eine Invalidenrente haben, oder - wenn ein Ehegatte Anspruch auf eine Invalidenrente hat und der andere das Referenzalter (Rentenalter) erreicht.
Erziehungsgutschriften	Versicherten wird für die Jahre, in welchen sie die elterliche Gewalt über eines oder mehrere Kinder ausüben, die das 16. Altersjahr noch nicht erreicht haben, eine Erziehungsgutschrift angerechnet. Dabei wird Ehepaaren nur eine Gutschrift gewährt. Die Gutschrift entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs. Bei verheirateten Personen** wird die Gutschrift während der Kalenderjahre der Ehe** hälftig geteilt. Bei geschieden oder nicht miteinander verheirateten Eltern, ist es so geregelt: betreut ein Elternteil das gemeinsame Kind zum überwiegenden Teil, so erhält er die ganze Erziehungsgutschrift. Betreuen beide Eltern ihr Kind zu gleichen Teilen, so wird die Erziehungsgutschrift hälftig aufgeteilt.

* Das Referenzalter der Frauen wird schrittweise in Etappen von drei Monaten von 64 auf 65 Jahre erhöht. Ab 2028 wird für Frauen und Männer ein einheitliches Referenzalter von 65 Jahren gelten.

** Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN (Fortsetzung)	
Betreuungsgutschriften	Versicherte, die Verwandte in auf- oder absteigender Linie oder Geschwister mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der Unfallversicherung betreuen, haben Anspruch auf Anrechnung einer Betreuungsgutschrift, wenn sie die betreuten Personen für die Betreuung leicht erreichen können. Verwandten gleichgestellt sind Ehegatten, Schwiegereltern und Stiefkinder sowie die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, die oder der seit mindestens fünf Jahren ununterbrochen mit der versicherten Person einen gemeinsamen Haushalt führt. Wenn gleichzeitig ein Anspruch auf Erziehungsgutschriften besteht, kann die Betreuungsgutschrift nicht angerechnet werden. Die Gutschrift entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs. Sie wird im individuellen Konto vermerkt und muss jedes Jahr schriftlich angemeldet werden; wird der Anspruch auf Betreuungsgutschrift nicht innert fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres angemeldet, in welchem eine Person betreut wurde, so wird die Gutschrift für das betreffende Jahr nicht mehr im individuellen Konto vermerkt. Bei verheirateten Personen* wird die Betreuungsgutschrift während der Kalenderjahre der Ehe* hälftig aufgeteilt.
Beitragsdauer	Die Beitragsdauer ist vollständig, wenn eine Person während gleich vielen Jahren Beiträge geleistet hat wie die Versicherten ihres Jahrganges.
Beitragszeiten	Folgende Zeiten werden als Beitragszeiten angerechnet: - Zeiten, während denen eine Person Beiträge bezahlt hat; - Zeiten, während denen der Ehepartner* einer Person Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages bezahlt hat (letztere darf nicht erwerbstätig sein oder darf, wenn sie im Betrieb des Ehegatten* mitarbeitet, keinen Barlohn beziehen); - Zeiten, für die Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften gutgeschrieben werden können.
Voll- und Teilrente	Eine Vollrente gelangt zur Auszahlung, wenn die Beitragsdauer vollständig ist; eine Teilrente gelangt zur Auszahlung, wenn die Beitragsdauer nicht vollständig ist.
Zuschlag	Verwitwete Bezügerinnen und Bezüger* von Altersrenten haben Anspruch auf einen Zuschlag von 20% ihrer Rente. Rente und Zuschlag dürfen den Höchstbetrag der Altersrente nicht übersteigen.
Aufwertung	In der Regel alle 2 Jahre Anpassung der Renten an die Lohn- und Preisentwicklung durch Neufestsetzung des Rentenindexes. Vorherige Anpassung, wenn der Verbraucherpreisindex innert eines Jahres um mehr als 4% angestiegen ist.
Vorbezug, Aufschub und Teilpensionierung	Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Altersrente erfüllen, können ab dem vollendeten 63. Altersjahr die ganze Rente oder einen Anteil zwischen 20 und 80% davon vorbeziehen; die Rente wird um einen Prozentsatz zwischen 0,6% und 13,6% gekürzt, der von der Anzahl der Monate des Vorbezugs abhängt. Frauen, die zwischen 1961 und 1969 geboren sind, können ihre Rente ab dem vollendeten 62. Altersjahr vorbeziehen, wobei die Kürzungssätze je nach Anzahl der Vorbezugsjahre und dem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen zwischen 0% und 10,5 % variieren. Personen, die Anspruch auf eine Altersrente haben, können den Anfang des Bezugs der ganzen Rente oder eines Anteils zwischen 20 und 80% davon um mindestens ein Jahr, höchstens aber um fünf Jahre aufschieben; die Rente wird um einen Prozentsatz zwischen 5,2% und 31,5% erhöht, der von der Anzahl der Monate des Aufschubs abhängt.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN (Fortsetzung)	
Einstellung	Beim Tod des Versicherten.
Art und Höhe der Vollrenten	Altersrente: Minimum SFr. 1 260.– /Monat, Maximum SFr. 2 520.– /Monat, 13-mal pro Jahr ausbezahlt. Die Summe der beiden Renten eines Ehepaares* beträgt maximal 150% des Höchstbetrages der Altersrente, d.h. SFr. 3 780.– /Monat. Frauen, die zwischen 1961 und 1969 geboren sind und ihre Rente nicht vorbeziehen, haben Anspruch auf einen Rentenzuschlag, wenn sie ihre Altersrente beziehen. Kinderrente: Personen, welchen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente. Die Kinderrente beträgt 40% der entsprechenden Altersrente (Minimum: SFr. 504.– /Monat; Maximum: SFr. 1 008.– /Monat). Wenn beide Elternteile einen Anspruch auf Kinderrente haben, so sind die beiden Kinderrenten zu kürzen, soweit deren Summe 60% der maximalen Altersrente übersteigt, d.h. SFr. 1 512.– /Monat. Während der Dauer des Rentenvorbezugs werden keine Kinderrenten ausgerichtet. Wird ein Teil der Altersrente aufgeschoben, so wird die Kinderrente im gleichen prozentualen Umfang aufgeschoben.
HILFLOSENENTSCHÄDIGUNG	
Begriff	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.
Anspruchsvoraussetzungen	– zivilrechtlicher Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz; – Bezüger einer ganzen Altersrente oder von Ergänzungsleistungen und in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos sein sowie keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung oder der Militärversicherung haben. Der Anspruch auf die Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades entfällt bei einem Aufenthalt im Heim. Hat eine Person bis zum Ende des Monats, in welchem vom ganzen Rentenvorbezug Gebrauch gemacht oder in welchem das Referenzalter (Rentenalter) erreicht wird, eine Hilflosenentschädigung der IV erhalten, so wird ihr die Entschädigung von der Altersversicherung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt.
Grad der Hilflosigkeit	Schwer SFr. 1 008.– /Monat (80% des Mindestbetrages der Altersrente); Mittel SFr. 630.– /Monat (50% des Mindestbetrages der Altersrente); Leicht SFr. 252.– /Monat (20% des Mindestbetrages der Altersrente).
ASSISTENZBEITRAG	
Anspruchsvoraussetzungen	Hat eine Person bis zum Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) oder bis zum Zeitpunkt, ab dem sie eine ganze Altersrente vorbezieht, einen Assistenzbeitrag der IV bezogen, so wird ihr der Assistenzbeitrag höchstens im bisherigen Umfang weitergewährt.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) LEISTUNGEN AN HINTERLASSENE

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
ORDENTLICHE WITWEN- ODER WITWERRENTE*	
Anspruchsvoraussetzungen	– Witwen und Witwer, die im Zeitpunkt der Verwitwung ein oder mehrere Kinder haben (Sonderbestimmungen für Pflegekinder); – Witwen, die keine Kinder (oder Pflegekinder i.S. der Sonderbestimmungen) haben, wenn sie das 45. Altersjahr zurückgelegt haben und mindestens 5 Jahre verheiratet waren; – eine geschiedene Person ist einer Witwe oder einem Witwer gleichgestellt, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllt.
Entstehung des Anspruchs	Am ersten Tag des dem Tode des Ehegatten folgenden Monats.
Erlöschen des Anspruchs	Bei Wiederverheiratung oder beim Tode; bei Entstehung des Anspruchs auf eine Alters- oder Invalidenrente wird die Witwen- oder Witwerrente weiter ausbezahlt, wenn ihr Betrag höher ist.
ORDENTLICHE WAISENRENTE	
Anspruchsvoraussetzungen	Kinder, deren Vater oder Mutter gestorben ist, haben Anspruch auf eine Waisenrente. Sind beide Eltern gestorben, haben sie Anspruch auf 2 Waisenrenten.
Entstehung des Anspruchs	Am ersten Tag des dem Tode des Vaters oder der Mutter folgenden Monats.
Erlöschen des Anspruchs	– beim Tod der Waise; – mit der Vollendung des 18. Altersjahres (25. Altersjahr im Falle einer Ausbildung); – bei Anspruch auf eine IV-, Witwen- oder Witwerrente, falls diese Rente höher ist.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) LEISTUNGEN AN HINTERLASSENE (Fortsetzung)

ORDENTLICHE RENTEN AN HINTERLASSENE (Fortsetzung)	
Art und Höhe der Vollrenten	Witwen- oder Witwerrente: 80% der dem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen entsprechenden Altersrente; Minimum: SFr. 1 008.– /Monat; Maximum: SFr. 2 016.– /Monat. Waisenrente: 40% der dem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen entsprechenden Altersrente; Minimum: SFr. 504.– /Monat; Maximum: SFr. 1 008.– /Monat. Sind beide Elternteile gestorben, so werden die Waisenrenten gekürzt, soweit ihre Summe 60% der maximalen Altersrente, d.h. SFr. 1 512.– /Monat, übersteigt.
AUSSERORDENTLICHE RENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	Anspruch auf eine ausserordentliche Rente haben Schweizer Bürger mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, wenn sie selbst oder die verstorbene Person während der gleichen Zahl von Jahren versichert waren wie ihr Jahrgang, ihnen aber keine ordentliche Rente zusteht, weil sie bis zur Entstehung des Rentenanspruchs nicht während eines vollen Jahres der Beitragspflicht unterstellt gewesen sind. Witwen, Witwer* und Waisen haben nur dann Anspruch auf eine ausserordentliche Hinterlassenenrente, wenn der Versicherungsfall eintritt, bevor die versicherte Person das 21. Altersjahr vollendet hat.

* Stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel	Die Leistungen der IV sollen die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben, die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen und zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.
Versicherte	Alle Personen, die obligatorisch oder freiwillig in der AHV versichert sind, sind auch in der IV versichert.
Unterstellung	Das AHVG ist entsprechend anwendbar.
Begriff	– Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein; – Nicht erwerbstätige Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird; – Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.
FRÜHERFASSUNG	
Ziel	Den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Die Früherfassung ist freiwillig.
Meldung	Zur Früherfassung können sich folgende Personen melden oder gemeldet werden: - Minderjährige ab dem vollendeten 13. Altersjahr und junge Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr, die von Invalidität bedroht sind, noch keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, und von den kantonalen Instanzen, die für die Unterstützung der beruflichen Eingliederung von Jugendlichen zuständig sind, betreut werden; - arbeitsunfähige oder von einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit bedrohte Personen.
Verfahren	Die IV-Stelle klärt die persönliche Situation der versicherten Person ab, insbesondere die Ursachen und Auswirkungen ihrer verminderten Fähigkeit, eine Ausbildung zu absolvieren, oder von deren Arbeitsunfähigkeit und beurteilt, ob Massnahmen zur Frühintervention angezeigt sind.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

LEISTUNGEN	Massnahmen der Frühintervention, Eingliederungsmassnahmen und Taggelder, Renten (ordentliche und ausserordentliche), Hilflosenentschädigung, Assistenzbeitrag.
Kürzung und Verweigerung von Leistungen	Die versicherte Person muss alles ihre Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Kommt die anspruchsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, so können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden.
MASSNAHMEN DER FRÜHINTERVENTION	
Ziel	Gesundheitlich beeinträchtigte Minderjährige ab dem vollendeten 13. Altersjahr und gesundheitlich beeinträchtigte junge Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr beim Zugang zu einer erstmaligen beruflichen Ausbildung und bei ihrem Eintritt in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Den bisherigen Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Versicherten zu erhalten oder die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes einzugliedern. Auf Massnahmen der Frühintervention besteht kein Rechtsanspruch.
Leistungsarten	Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation, Beschäftigungsmassnahmen, Beratung und Begleitung, usw.
Dauer	Die Frühinterventionsphase wird beendet mit: - der Verfügung über die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen; - der Mitteilung, dass keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden können und der Anspruch auf eine Rente geprüft wird; - der Verfügung, dass weder Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen noch auf eine Rente besteht.
Höchstbetrag	Die Kosten für die Massnahmen der Frühintervention dürfen pro versicherte Person SFr. 20 000.– nicht übersteigen.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

EINGLIEDERUNGSMASSNAHMEN UND TAGGELDER	
Anspruchsvoraussetzungen	– Der obligatorischen oder der freiwilligen Versicherung unterstellt sein (Sonderbestimmungen für Personen unter 20 Jahren); – invalid sein oder von einer Invalidität bedroht sein, soweit die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität, durch solche Massnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann (mit Ausnahme der Massnahmen bei Geburtsgebrechen sowie der Hilfsmittel). – für Ausländer zusätzlich mindestens ein Jahr Beiträge oder 10 Jahre ununterbrochener Aufenthalt in der Schweiz (Sonderbestimmungen für Ausländer unter 20 Jahren). Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz (ausnahmsweise auch im Ausland) gewährt.
Entschädigung für Betreuungskosten	Nicht erwerbstätige Versicherte, die an Eingliederungsmassnahmen teilnehmen und die mit Kindern unter 16 Jahren oder mit Familienangehörigen im gemeinsamen Haushalt leben, haben unter gewissen Voraussetzungen Anspruch auf eine Entschädigung für Betreuungskosten.
Leistungsarten:	
– medizinische Massnahmen für die Versicherten unter 20 Jahren*	– Medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind; – medizinische Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendig sind.
– Beratung und Begleitung	Die versicherte Person und ihr Arbeitgeber haben Anspruch auf Beratung und Begleitung vor, während und nach der Durchführung von Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art sowie während der gesamten Abklärungsphase des Rentenanspruchs, und dies bis zu drei Jahren nach Beendigung der letzten Massnahme.
– Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung	– Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation: Massnahmen zur Gewöhnung an den Arbeitsprozess, zur Förderung der Arbeitsmotivation, zur Stabilisierung der Persönlichkeit, zum Einüben sozialer Grundfähigkeiten und zum Aufbau der Arbeitsfähigkeit; – Beschäftigungsmassnahmen: Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und der Arbeitsfähigkeit für die Zeit bis zum Beginn von Massnahmen beruflicher Art oder bis zu einem Stellenantritt im ersten Arbeitsmarkt.
– Massnahmen beruflicher Art	Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung oder Arbeitsversuch (u.U. verbunden mit einem Einarbeitungszuschuss, der dem Arbeitgeber ausbezahlt wird, oder einer Entschädigung für Beitragserhöhungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge und der Krankentaggeldversicherung), Personalverleih, Kapitalhilfe.
– Hilfsmittel	Orthopädische Apparate, Hörapparate, Motorfahrzeuge, Blindenhunde, Spezialwerkzeuge etc. (vom Bundesrat aufgestellte Liste) i) für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, um eine Schule zu besuchen oder eine Ausbildung zu absolvieren oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung; ii) für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge, ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit.

* Versicherte, die im Zeitpunkt der Vollendung ihres 20. Altersjahres an Massnahmen beruflicher Art teilnehmen, haben bis zum Ende dieser Massnahmen, höchstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

EINGLIEDERUNGSMASSNAHMEN UND TAGGELDER (Fortsetzung)	
Taggelder	– Versicherte haben während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie an wenigstens drei aufeinander folgenden Tagen wegen der Massnahmen verhindert sind, einer Arbeit nachzugehen, oder in ihrer gewohnten Tätigkeit zu mindestens 50% arbeitsunfähig sind; – Versicherte in der erstmaligen beruflichen Ausbildung haben Anspruch auf ein Taggeld, wenn die Ausbildung von der IV übernommen wird oder wenn sie bestimmte Massnahmen der IV erhalten haben, die für diese Ausbildung direkt erforderlich sind; – Versicherte die eine höhere Berufsbildung absolvieren oder eine Hochschule besuchen, haben Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung daran gehindert sind, neben ihrer Ausbildung eine Erwerbstätigkeit auszuüben oder Ausbildung aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung wesentlich länger dauert.
ORDENTLICHE INVALIDENRENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	– Die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, kann nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden; – der Versicherte ist während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen; – nach Ablauf dieses Jahres ist er zu mindestens 40% invalid; – der Versicherte hat mindestens drei Jahre Beiträge geleistet; – Ausländer: wie für Schweizer Bürger (oder 10 Jahre ununterbrochener Aufenthalt in der Schweiz) und weiterhin den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.
Rentenarten	Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt: – Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente; – Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad; – Bei einem Invaliditätsgrad von 40-49% liegt die Höhe des Rentenanspruchs nach einer gesetzlich festgelegten Skala zwischen 25 und 47,5%.
Beginn des Anspruchs	Frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.
Bemessung der Invalidität	Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, wird in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE INVALIDENRENTEN (Fortsetzung)	
Berechnung der Rente	Aufgrund des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens und der Anzahl Beitragsjahre. Das durchschnittliche Jahreseinkommen setzt sich zusammen aus den Erwerbseinkommen, den Erziehungsgutschriften, den Betreuungsgutschriften. – Vollrente: wenn der Versicherte bei Eintritt der Invalidität während gleich vielen Jahren wie sein Jahrgang Beiträge geleistet hat; – Teilrente: wenn die Beitragsdauer im Verhältnis zu derjenigen seines Jahrgangs unvollständig ist. Versicherte mit vollständiger Beitragsdauer, die bei Eintritt der Invalidität weniger als 25 Jahre alt sind, erhalten eine Invalidenrente von mindestens 133 1/3% des Mindestbetrages der entsprechenden Vollrente.
Aufwertung	Wie für die Alters- und Hinterlassenenrenten.
Zusammenfallen von Leistungen	Zusammenfallen mit den Invalidenrenten der Versicherung gegen Unfälle- und Berufskrankheiten zulässig; letztere werden bei Überversicherung herabgesetzt.
Erlöschen des Anspruchs	Sobald der Versicherte nicht mehr invalid ist, eine ganze Altersrente vorbezieht, das Referenzalter (Rentenalter) erreicht oder stirbt.
Revision der Rente	Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Kann eine rentenberechtigte Person neu ein Erwerbseinkommen erzielen oder ein bestehendes Erwerbseinkommen erhöhen, so wird die Rente nur dann revidiert, wenn die Einkommensverbesserung jährlich mehr als SFr. 1 500.– beträgt.
Übergangsleistung	Der Versicherte hat Anspruch auf eine Übergangsleistung, wenn er im Laufe der drei auf die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente folgenden Jahre zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig wird und die Arbeitsunfähigkeit mindestens 30 Tage gedauert hat und weiter andauert. Der Anspruch erlischt spätestens am Ende des Monats, in dem die IV-Stelle über den Invaliditätsgrad entschieden hat. Die Übergangsleistung entspricht der Differenz zwischen der laufenden Rente und der Rente, die der Versicherte erhalten würde, wenn die Rente nicht herabgesetzt worden wäre oder der Rente, die der Versicherte erhalten würde, wenn die Rente nicht aufgehoben worden wäre.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE INVALIDENRENTEN (Fortsetzung)	
Art und Höhe der Vollrenten	Invalidenrente: Minimum: SFr. 1 260.– /Monat, Maximum: SFr. 2 520.– /Monat; die Summe der beiden Renten eines Ehepaares* kann 150% des Höchstbetrages der Invalidenrente nicht übersteigen, d.h. SFr. 3 780.– /Monat. Kinderrente: Personen, die eine Invalidenrente beziehen, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente. Die Kinderrente beträgt 40% der entsprechenden Invalidenrente (Minimum: SFr. 504.– /Monat; Maximum: SFr. 1 008.– /Monat). Haben beide Elternteile einen Anspruch auf Kinderrente, kann die Summe der beiden Kinderrenten 60% der Höchstrente nicht übersteigen, d.h. SFr. 1 512.– /Monat.
AUSSERORDENTLICHE RENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	Anspruch auf ausserordentliche Rente haben invalide Schweizer Bürger mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die die Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Rente nicht erfüllen, und wenn der Leistungsempfänger während der gleichen Zahl von Jahren versichert war wie sein/ihr Jahrgang. Anspruch auf eine ausserordentliche Invalidenrente haben Personen, die seit ihrer Geburt oder seit ihrer Kindheit invalid sind, und den Wohnsitz in der Schweiz haben.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

HILFLOSENENTSCHÄDIGUNG	
Begriff	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit. Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. In diesem Fall liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit ein Anspruch auf eine Rente gegeben sein.
Anspruchsvoraussetzungen	Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Ausländer müssen zusätzlich während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder während mindestens 10 Jahren ununterbrochen in der Schweiz gewohnt haben. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entfällt bei einem Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Minderjährige haben keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind.
Entstehung und Erlöschen des Anspruchs	Die Hilflosenentschädigung wird frühestens ab der Geburt gewährt. Der Anspruch entsteht, wenn während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch mindestens eine Hilflosigkeit leichten Grades bestanden hat. Bei Versicherten, welche das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als zwölf Monaten eine Hilflosigkeit besteht. Nach Vollendung des ersten Lebensjahres muss die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch hilflos gewesen sein. Der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung erlischt sobald die versicherte Person eine ganze Altersrente vorbezieht oder das Referenzalter (Rentenalter) erreicht.
Höhe	Schwer SFr. 2 016.– /Monat (80% des Höchstbetrages der Altersrente); Mittel SFr. 1 260.– /Monat (50% des Höchstbetrages der Altersrente); Leicht SFr. 504.– /Monat (20% des Höchstbetrages der Altersrente). Die Hilflosenentschädigung für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, beträgt einen Viertel dieser Ansätze.
Intensivpflegezuschlag	Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird nicht gewährt bei einem Aufenthalt in einem Heim. Der Intensivpflegezuschlag beträgt pro Tag bei einem Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag SFr. 84.–, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag SFr. 58,80 und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag SFr. 33,60.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ASSISTENZBEITRAG	
Anspruchsvoraussetzungen	Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben volljährige Versicherte, denen eine Hilflosenentschädigung der IV ausgerichtet wird und die zu Hause leben (Sonderbestimmungen für Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit). Minderjährige Versicherte haben Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, wenn sie eine dieser Voraussetzungen erfüllen: - sie besuchen regelmässig die obligatorische Schule in einer Regelklasse, sie absolvieren eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine andere Ausbildung auf Sekundarstufe II; - sie üben während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt aus; - ein Intensivpflegezuschlag für einen Pflege- und Überwachungsbedarf von mindestens 6 Stunden pro Tag wird ihnen ausgerichtet. Ein Assistenzbeitrag wird gewährt für Hilfeleistungen, die von dem Versicherten benötigt und regelmässig von einer natürlichen Person (Assistenzperson) erbracht werden, die: - von dem Versicherten oder seiner gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt wird; und - weder mit dem Versicherten verheiratet ist, mit ihm in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt noch in gerader Linie mit ihm verwandt ist. Der Hilfebedarf des Versicherten führt zur Anstellung einer oder mehrerer Assistenzpersonen für mehr als drei Monate.
Entstehung und Erlöschen des Anspruchs	Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht frühestens im Zeitpunkt der Geltendmachung dieses Anspruchs. Er erlischt zum Zeitpunkt, in dem der Versicherte eine ganze Altersrente vorbezieht oder das Referenzalter (Rentenalter) erreicht, oder zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten.
Höhe	Der Assistenzbeitrag wird nach der für die Hilfeleistungen benötigten Zeit berechnet, bis zu einer Höchststundenzahl pro Monat. Er beträgt SFr. 35,30 pro Stunde. Muss die Assistenzperson für die benötigten Hilfeleistungen in einigen Bereichen über besondere Qualifikationen verfügen, so beträgt der Assistenzbeitrag SFr. 52,95 pro Stunde. Für den Nachtdienst beträgt der Assistenzbeitrag höchstens SFr. 169,10 pro Nacht.

ERWERBSAUSFALLENTSCHÄDIGUNG FÜR DIENSTLEISTENDE, MUTTERSCHAFTSENTSCHÄDIGUNG, ENTSCHÄDIGUNG DES ANDERN ELTERNTEILS, ADOPTIONS- UND BETREUUNGSENTSCHÄDIGUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 25. September 1952 über den Erwerbsersatz (EOG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Bezugsberechtigte Personen	Personen, die in der schweizerischen Armee oder im Rotkreuzdienst Dienst leisten, die Zivildienst oder Schutzdienst leisten, die Teilnehmer an eidgenössischen und kantonalen Leiterkursen von Jugend und Sport sowie an Jungschützenleiterkursen sind, haben für jeden Diensttag Anspruch auf eine Entschädigung für Dienstleistende. Diese Personen werden als "Dienstleistende" bezeichnet. Mütter, die erwerbstätig sind, haben Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung. Väter und Ehefrauen der Mütter, die erwerbstätig sind, haben Anspruch auf eine Entschädigung des andern Elternteils. Personen, die erwerbstätig sind und ein weniger als vier Jahre altes Kind zur Adoption aufnehmen, haben Anspruch auf eine Adoptionsentschädigung. Erwerbstätige Eltern eines minderjährigen Kindes, das wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist, haben Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung.
ENTSCHÄDIGUNGEN FÜR DIENSTLEISTENDE	
Entschädigungsarten	
Grundentschädigung	Die Dienstleistenden haben Anspruch auf die Grundentschädigung.
Kinderzulagen	Die Dienstleistenden haben Anspruch auf Kinderzulagen für jedes Kind, welches das 18. Altersjahr noch nicht vollendet hat (25. Altersjahr für Kinder in Ausbildung).
Zulage für Betreuungskosten	Die Dienstleistenden, die mit einem oder mehreren Kindern unter 16 Jahren im gemeinsamen Haushalt leben, haben Anspruch auf eine Zulage für Betreuungskosten, wenn sie den Nachweis erbringen, dass wegen des Dienstes solche zusätzlichen Kosten für die Kinderbetreuung angefallen sind und der Dienst mindestens zwei zusammenhängende Tage umfasst.
Betriebszulagen	Die Dienstleistenden, die als Eigentümer, Pächter oder Nutzniesser einen Betrieb führen oder als Teilhaber einer Kollektivgesellschaft, als unbeschränkt haftende Teilhaber einer Kommanditgesellschaft sowie, unter gewissen Bedingungen, die Dienstleistenden, die als mitarbeitende Familienglieder in einem Landwirtschaftsbetrieb tätig sind, haben Anspruch auf Betriebszulagen.
Höhe	
Grundentschädigung	Personen, die vor Beginn des Dienstes nicht erwerbstätig waren: SFr. 69.– pro Tag. Personen, die erwerbstätig sind: 80% des durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommens (Min. SFr. 69.– /Tag, Max. SFr. 220.– /Tag).
Kinderzulagen	SFr. 22.– pro Tag für jedes Kind.
Zulage für Betreuungskosten	Vergütet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens aber SFr. 75.– pro Diensttag. Auslagen unter SFr. 20.– werden nicht vergütet.
Betriebszulagen	SFr. 75.– pro Tag.
Gesamtentschädigung	Die Gesamtentschädigung umfasst die Grundentschädigung sowie die Kinderzulagen; sie beträgt höchstens SFr. 275.– pro Tag. Zulagen für Betreuungskosten und Betriebszulagen werden ungekürzt zusätzlich zur Gesamtentschädigung ausgerichtet.

ERWERBSAUSFALLENTSCHÄDIGUNG FÜR DIENSTLEISTENDE, MUTTERSCHAFTSENTSCHÄDIGUNG, ENTSCHÄDIGUNG DES ANDERN ELTERNTEILS, ADOPTIONS- UND BETREUUNGSENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)

MUTTERSCHAFTSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	- Eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmerin oder Selbständigerwerbende ausüben; - während der 9 Monate unmittelbar vor der Niederkunft im Sinne des AHVG obligatorisch versichert gewesen sein (entsprechend reduzierte Versicherungsdauer, wenn die Niederkunft vor Ablauf des 9. Schwangerschaftsmonats erfolgt); - in dieser Zeit mindestens 5 Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben.
Beginn des Anspruchs	Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Niederkunft.
Ende des Anspruchs	Der Anspruch endet am 98. Tag nach seinem Beginn. Stirbt der andere Elternteil während der sechs Monate nach der Geburt des Kindes, so hat die Mutter Anspruch auf zusätzliche 14 Taggelder. Diese Taggelder können tage-, wochenweise oder am Stück bezogen werden und müssen innerhalb einer Rahmenfrist von sechs Monaten ab dem Tag nach dem Tod in Anspruch genommen werden. Wenn das Kind unmittelbar nach der Geburt länger als 14 Tage im Spital bleiben muss, verlängert sich der Anspruch um die Dauer des Spitalaufenthalts, höchstens aber um 56 Tage. Der Anspruch erlischt vorzeitig, wenn die Mutter – unabhängig vom Beschäftigungsgrad – ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt (eine Ausnahme gilt für Parlamentarierinnen) oder wenn sie stirbt.
Höhe	80% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Die Mutterschaftsentschädigung beträgt höchstens SFr. 220.– pro Tag.
ENTSCHÄDIGUNG DES ANDERN ELTERNTEILS	
Anspruchsvoraussetzungen	- Eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer oder Selbständigerwerbender ausüben; - im Zeitpunkt der Geburt des Kindes das rechtliche andere Elternteil sein oder dies innerhalb der folgenden sechs Monate werden; - während der 9 Monate unmittelbar vor der Geburt des Kindes im Sinne des AHVG obligatorisch versichert gewesen sein (entsprechend reduzierte Versicherungsdauer, wenn die Geburt des Kindes vor Ablauf des 9. Schwangerschaftsmonats erfolgt); - in dieser Zeit mindestens 5 Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben; - Urlaub nehmen.
Beginn des Anspruchs	Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Geburt des Kindes.
Modalitäten	Die Entschädigung kann am Stück oder tageweise bezogen werden.
Ende des Anspruchs	Der Anspruch endet nach dem Bezug von 14 Taggeldern, spätestens jedoch 6 Monate nach der Geburt des Kindes. Stirbt die Mutter am Tag der Niederkunft oder während der 97 Tage danach, so hat der andere Elternteil Anspruch auf zusätzliche 98 Taggelder; diese Taggelder müssen an aufeinanderfolgenden Tagen bezogen werden. Wenn die Mutter stirbt und das Kind unmittelbar nach der Geburt länger als 14 Tage im Spital bleiben muss, verlängert sich die Dauer der Ausrichtung um die Dauer der Hospitalisierung, höchstens aber um 56 Tage. Der Anspruch auf Entschädigung endet vorzeitig, wenn das andere Elternteil oder das Kind stirbt oder wenn das Kindesverhältnis zum andern Elternteil aberkannt wird.
Höhe	80% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Die Vaterschaftsentschädigung beträgt höchstens SFr. 220.– pro Tag.

ERWERBSAUSFALLENTSCHÄDIGUNG FÜR DIENSTLEISTENDE, MUTTERSCHAFTSENTSCHÄDIGUNG, ENTSCHÄDIGUNG DES ANDERN ELTERNTEILS, ADOPTIONS- UND BETREUUNGSENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)

ADOPTIONSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	- Eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende ausüben; - ein weniger als vier Jahre altes Kind zur Adoption aufnehmen; - während der 9 Monate unmittelbar vor der Aufnahme des Kindes im Sinne des AHVG obligatorisch versichert gewesen sein; - in dieser Zeit mindestens 5 Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben; - Urlaub nehmen.
Beginn des Anspruchs	Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Aufnahme des Kindes.
Modalitäten	Die Entschädigung kann am Stück oder tageweise bezogen werden. Teilen die Eltern den Adoptionsurlaub auf, so hat jeder Elternteil Anspruch auf die Entschädigung während seines Urlaubs.
Ende des Anspruchs	Der Anspruch endet nach dem Bezug von 14 Taggeldern, spätestens jedoch ein Jahr nach der Aufnahme des Kindes. Er endet vorzeitig, wenn die anspruchsberechtigte Person oder das Kind stirbt.
Höhe	80% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Teilen die Eltern den Adoptionsurlaub auf, so wird die Entschädigung für jeden Elternteil gesondert berechnet. Die Adoptionsentschädigung beträgt höchstens SFr. 220.– pro Tag.
BETREUUNGSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	Eine unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit unterbrechen, um ein gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind zu betreuen. Das Kind gilt als gesundheitlich schwer beeinträchtigt, wenn: a. eine einschneidende Veränderung seines körperlichen oder psychischen Zustandes eingetreten ist; b. der Verlauf oder der Ausgang dieser Veränderung schwer vorhersehbar ist oder mit einer bleibenden oder zunehmenden Beeinträchtigung oder dem Tod zu rechnen ist; c. ein erhöhter Bedarf an Betreuung durch die Eltern besteht; und d. mindestens ein Elternteil die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen muss.
Beginn des Anspruchs	Der Entschädigungsanspruch entsteht, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.
Modalitäten	Die Entschädigung kann am Stück oder tageweise bezogen werden. Sie wird innerhalb einer Rahmenfrist von 18 Monaten ausbezahlt, die mit dem Tag beginnt, für den das erste Taggeld bezogen wird. Sind beide Eltern erwerbstätig, so hat jeder Elternteil Anspruch auf höchstens die Hälfte der Taggelder; Sie können eine abweichende Aufteilung wählen.
Ende des Anspruchs	Der Anspruch endet nach Ablauf der Rahmenfrist oder nach dem Bezug von 98 Taggeldern. Er endet vorzeitig, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind; er endet jedoch nicht vorzeitig, wenn das Kind während der Rahmenfrist volljährig wird.
Höhe	80% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Die Entschädigung beträgt höchstens SFr. 220.– pro Tag.

ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN ZUR 1. SÄULE

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel der EL	Artikel 112 der Bundesverfassung sieht vor, dass die Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) den Existenzbedarf betagter Menschen, Hinterlassener sowie behinderter Personen angemessen decken müssen. Bund und Kantone richten Ergänzungsleistungen aus an Personen, deren Existenzbedarf durch die Leistungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nicht gedeckt ist (Art. 112a der Bundesverfassung).
Wesen der EL	Die EL sind beitragsunabhängige Bedarfsleistungen für betagte Menschen, Hinterlassene und behinderte Personen. Sie bestehen aus: a. der jährlichen EL, welche monatlich ausbezahlt wird; b. der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (wobei ein Höchstbetrag vorgesehen ist).
Anspruchsvoraussetzungen	
persönliche Voraussetzungen	Im Normalfall handelt es sich bei den EL um Zusatzleistungen zu den Renten von AHV und IV; in gewissen Fällen werden sie jedoch unabhängig von der Rente ausgerichtet. Anspruchsberechtigt sind Personen, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Ausländer können nur dann EL beanspruchen, wenn sie sich unmittelbar vor dem Zeitpunkt, ab dem die EL verlangt werden, während 10 Jahren ununterbrochen in der Schweiz rechtmässig aufgehalten haben (5 Jahre für Flüchtlinge und Staatenlose).
wirtschaftliche Voraussetzungen	Nur Personen mit einem Vermögen von weniger als SFr. 100 000.– haben Anspruch auf EL. Für Ehepaare liegt die Eintrittsschwelle bei SFr. 200 000.– und für Kinder bei SFr. 50 000.–. Der Wert selbstbewohnter Liegenschaften wird bei der Berechnung dieser Schwelle nicht berücksichtigt. Die EL entsprechen dem Mehr an Ausgaben einer Person im Vergleich zu ihren Einnahmen. Da es sich um die Deckung des Existenzbedarfs handelt, können nicht alle Ausgaben berücksichtigt werden: Das ELG enthält die abschliessende Liste der zu berücksichtigenden Ausgaben. Bei Personen, die EL beziehen, wird unterschieden, ob sie in einem Heim oder zu Hause leben. Zu den anrechenbaren Einnahmen gehören Renten (mit Ausnahme der 13. Altersrente), Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen, Vermögenserträge, das Vermögen selbst, Erwerbseinkünfte, Familienzulagen und Alimente sowie Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist. Zu den anerkannten Ausgaben für Personen, die zu Hause wohnen, gehört neben den Ausgaben für die Wohnung (mit einem Höchstbetrag) namentlich ein Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf. Die vorgesehenen Beträge wurden wie folgt festgelegt: - für eine alleinstehende Person: SFr. 20 670.– /Jahr; - für ein Ehepaar*: SFr. 31 005.– /Jahr; - für eine Waise oder das erste Kind: SFr. 7 590.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 10 815.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das zweite Kind: SFr. 6 325.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 10 815.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das dritte Kind: SFr. 5 270.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 7 210.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das vierte Kind: SFr. 4 390.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 7 210.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für jedes weitere Kind: SFr. 3 660.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 3 605.– /Jahr (11 – 25 Jahre).
Betrag	Die jährliche EL entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

ÜBERBRÜCKUNGSLEISTUNGEN FÜR ÄLTERE ARBEITSLOSE

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 19. Juni 2020 über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel der Überbrückungsleistungen	Die Überbrückungsleistungen sichern den Existenzbedarf von Personen, die kurz vor Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) arbeitslos geworden sind, bis sie ihre Altersrente beziehen können.
Wesen der Überbrückungsleistungen	Die Überbrückungsleistungen sind beitragsunabhängige Bedarfsleistungen. Sie bestehen aus: a. der jährlichen Überbrückungsleistung, welche monatlich ausbezahlt wird; b. der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (wobei ein Höchstbetrag vorgesehen ist).
Anspruchsvoraussetzungen	
persönliche Voraussetzungen	Anspruch auf Überbrückungsleistungen haben Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, wenn: - sie im Monat, in dem sie das 60. Altersjahr vollenden, oder danach ausgesteuert werden, und; - sie mindestens 20 Jahre in der AHV versichert waren, davon mindestens 5 Jahre nach Vollendung des 50. Altersjahrs, und; - jährlich ein Erwerbseinkommen von mindestens SFr. 28 680.– erzielt haben, oder entsprechende Erziehungs- und Betreuungsgutschriften gemäss AHVG geltend machen können.
wirtschaftliche Voraussetzungen	Nur Personen mit einem Vermögen von weniger als SFr. 50 000.– haben Anspruch auf Überbrückungsleistungen. Für Ehepaare liegt die Eintrittsschwelle bei SFr. 100 000.–. Der Wert selbstbewohnter Liegenschaften wird bei der Berechnung dieser Schwelle nicht berücksichtigt. Die Überbrückungsleistungen entsprechen dem Mehr an Ausgaben einer Person im Vergleich zu ihren Einnahmen. Da es sich um die Deckung des Existenzbedarfs handelt, können nicht alle Ausgaben berücksichtigt werden: Das ÜLG enthält die abschliessende Liste der zu berücksichtigenden Ausgaben. Zu den anrechenbaren Einnahmen gehören Renten, Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen, Vermögenserträge, das Vermögen selbst, Erwerbseinkünfte, Familienzulagen und Alimente sowie Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist. Zu den anerkannten Ausgaben gehört neben den Ausgaben für die Wohnung (mit einem Höchstbetrag) namentlich ein Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf. Die vorgesehenen Beträge wurden wie folgt festgelegt: - für eine alleinstehende Person: SFr. 20 670.– /Jahr; - für ein Ehepaar*: SFr. 30 005.– /Jahr; - für eine Waise oder das erste Kind: SFr. 7 590.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 10 815.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das zweite Kind: SFr. 6 325.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 10 815.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das dritte Kind: SFr. 5 270.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 7 210.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für das vierte Kind: SFr. 4 390.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 7 210.– /Jahr (11 – 25 Jahre); - für jedes weitere Kind: SFr. 3 660.– /Jahr (0 - 10 Jahre); SFr. 3 605.– /Jahr (11 – 25 Jahre).
Betrag	Die Überbrückungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen, aber sie beträgt höchstens SFr. 46 508.– pro Jahr bei alleinstehenden Personen und SFr. 69 761.– pro Jahr bei Ehepaaren und Personen mit Kindern.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule)

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) Bundesgesetz vom 17. Dezember 1993 über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG) Bundesgesetz vom 17. Dezember 1993 über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge
Ziel	Gemäss Artikel 113 der Bundesverfassung muss die berufliche Vorsorge (2. Säule) zusammen mit der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise ermöglichen. Das BVG setzt die obligatorischen Mindestleistungen fest. Die Vorsorgeeinrichtungen können in ihren Reglementen Leistungen vorsehen, die über die obligatorische Mindestvorsorge hinausgehen. Sie können insbesondere einen Lohn versichern, der unter der Mindestgrenze bzw. über der Obergrenze des BVG liegt. Jedoch ist der versicherbare Lohn auf SFr. 907 200.– pro Jahr beschränkt (Koordinationsabzug inbegriffen).
Voraussetzungen der obligatorischen Versicherung	Arbeitnehmer, die mehr als 17 Jahre alt sind und von einem Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als SFr. 22 680.– erhalten, sind für die Risiken Invalidität und Tod obligatorisch versichert (24 Jahre für das Risiko Alter). Arbeitslose sind ebenfalls gegen die Risiken Invalidität und Tod versichert. Der Versicherung unterliegt der Jahreslohn zwischen SFr. 26 460.– (Koordinationsabzug) und SFr. 90 720.–. Dieser Lohnteil wird als koordinierter Lohn bezeichnet. Der minimale koordinierte Lohn beträgt SFr. 3 780.–. Jeder Arbeitgeber, der Arbeitnehmer beschäftigt, welche der obligatorischen Versicherung unterstellt sind, muss einer im Register der beruflichen Vorsorge eingetragenen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen werden.
Freiwillige Versicherung	Freiwillige Versicherung für bestimmte dem Obligatorium nicht unterstellte Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende.
VERSICHERUNGS-LEISTUNGEN	Altersleistungen, Hinterlassenenleistungen, Invalidenleistungen, Kapitalleistungen.
Berechnung der Renten	Die Renten werden in % des Altersguthabens berechnet (Umwandlungssatz). Das Altersguthaben besteht aus: – den Altersgutschriften (in % des koordinierten Lohnes berechnet; der Satz variiert je nach Alter des Versicherten) samt Zinsen für die Zeit, während der der Versicherte der Vorsorgeeinrichtung angehört hat; – allfällige Austrittsleistungen, samt Zinsen; – allfälligen Rückzahlungen von Vorbezügen im Rahmen der Wohneigentumsförderung; – allfälligen Beträgen, die im Rahmen eines Vorsorgeausgleich nach einer Ehescheidung überwiesen worden sind; – allfälligen Beträgen, die im Rahmen eines Wiedereinkaufs nach einer Ehescheidung gutgeschrieben worden sind.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (Fortsetzung)	
Altersleistungen	
Entstehung des Anspruchs	Männer, die das 65. Altersjahr zurückgelegt haben; Frauen, die das 64. Altersjahr plus 6 Monate zurückgelegt haben (schrittweise Erhöhung des Referenzalters der Frauen, siehe S. 18). – Vorsorgeeinrichtungen steht es frei, in ihrem Reglement ein anderes Referenzalter festzulegen (reglementarisches Referenzalter; frühestens 58 Jahren); – Die Reglemente der Vorsorgeeinrichtungen können für Männer und Frauen das gleiche Referenzalter vorsehen.
Massnahmen für ältere Arbeitnehmer	Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihrem Reglement die folgenden Möglichkeiten vorsehen: – Versicherte, die ihr Arbeitspensum ab dem 58. Altersjahr reduzieren (Lohnkürzung um höchstens die Hälfte), können ihren bisherigen versicherten Verdienst weiterführen (spätestens bis zum reglementarischen Referenzalter); – Versicherte, die nach Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) erwerbstätig bleiben, können die Weiterführung ihrer Vorsorge bis zum Ende ihrer Erwerbstätigkeit, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 70. Altersjahres verlangen.
Leistungsarten	Altersrenten: berechnet in % des Altersguthabens (Mindestumwandlungssatz, zurzeit 6,8 %) des Versicherten bei Erreichen des Rentenalters. Kapitalleistungen: wenn die Rente niedriger ist als 10% der Mindestaltersrente der AHV, oder wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht. Der Versicherte kann verlangen, dass ihm ein Viertel seines Altersguthabens als einmalige Kapitalabfindung ausgerichtet wird. Kinderrente: Versicherte, denen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente in Höhe der Waisenrente.
Vorbezug und Aufschub	Die versicherte Person kann die Altersleistung ab dem vollendeten 63. Altersjahr vorbeziehen und bis zur Vollendung des 70. Altersjahres aufschieben. Die versicherte Person kann die Altersleistung abgestuft in bis zu drei Schritten beziehen.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (Fortsetzung)	
Hinterlassenenleistungen*	
Entstehung des Anspruchs	Beim Tod des versicherten Arbeitnehmers (Versicherungsklausel) oder beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Tod darauf zurückzuführen ist, oder beim Tod eines Rentenbezügers (Alters- oder Invalidenrente).
Anspruchsberechtigte	– der überlebende Ehegatte, der beim Tod des Ehegatten für den Unterhalt mindestens eines Kindes aufkommen muss oder älter als 45 Jahre ist und die Ehe mindestens 5 Jahre gedauert hat. Der überlebende Ehegatte, der keine dieser Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine einmalige Abfindung in Höhe von drei Jahresrenten; – die Kinder des Verstorbenen einschliesslich Pflegekinder; – die Reglemente der Vorsorgeeinrichtungen können unter bestimmte Voraussetzungen weitere begünstigte Personen für die Hinterlassenenleistungen vorsehen.
Leistungsarten	Rente des überlebenden Ehegatten: 60% der ganzen Invalidenrente, oder, während dem Aufschub des Bezugs der Altersleistung, der Altersrente, auf welche die versicherte Person Anspruch gehabt hätte; Waisenrente: 20% der ganzen Invalidenrente, oder, während dem Aufschub des Bezugs der Altersleistung, der Altersrente, auf welche die versicherte Person Anspruch gehabt hätte, für jedes Kind; Kapitalleistungen: wenn die Rente des überlebenden Ehegatten weniger als 6% (die Waisenrente weniger als 2%) des Mindestbetrags der Altersrente der ersten Säule beträgt oder das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht.
Erlöschen des Anspruchs	Rente des überlebenden Ehegatten: bei Wiederverheiratung oder beim Tod; Waisenrente: bei vollendetem 18. Altersjahr (25. Altersjahr bei Ausbildung [Berufslehre oder Studium] oder wenn die Waise mindestens zu 70% invalid und erwerbsunfähig ist) oder beim Tod.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person dem überlebenden Ehegatten gleichgestellt.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (Fortsetzung)	
Invalidenleistungen	
Entstehung des Anspruchs	Personen mit einer Invalidität im Sinne der IV von mindestens 40%, die bei Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit versichert waren. Die Vorsorgeeinrichtungen können einen erweiterten Invaliditätsbegriff vorsehen.
Leistungsarten	Invalidenrente, die mit dem gleichen Ansatz wie die Altersrente berechnet wird, aber auf der Grundlage des vom Versicherten bis zur Entstehung des Anspruchs auf die Invalidenrente erworbenen Altersguthabens, zuzüglich der Summe der Altersgutschriften für die künftigen Jahre bis zum Referenzalter (Rentenalter), ohne Zinsen. Die Gutschriften für künftige Jahre werden auf der Grundlage des koordinierten Lohns des Versicherten während des letzten Versicherungsjahres bei der Vorsorgeeinrichtung berechnet. Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt: – Bei einem Invaliditätsgrad im Sinne der IV von 50-69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad; – Bei einem Invaliditätsgrad im Sinne der IV ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente; – Bei einem Invaliditätsgrad im Sinne der IV von 40-49% liegt die Höhe des Rentenanspruchs nach einer gesetzlich festgelegten Skala zwischen 25 und 47,5%. Kapitalleistungen: wenn die Rente niedriger ist als 10% der Mindestaltersrente der AHV, oder wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht. Kinderrente: Versicherte, denen eine Invalidenrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente in Höhe der Waisenrente.
RENTENANPASSUNG	– Die Hinterlassenen- und Invalidenrenten werden erstmals nach einer Laufzeit von drei Jahren auf Beginn des folgenden Kalenderjahres der Preisentwicklung angepasst. Die nachfolgenden Anpassungen erfolgen auf den gleichen Zeitpunkt wie die Anpassungen der AHV; – die anderen laufenden Renten werden nach den finanziellen Möglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen der Preisentwicklung angepasst.
ÜBERVERSICHERUNG	Kürzung der Invaliden- und Hinterlassenenleistungen soweit sie zusammen mit anderen Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung sowie weiteren anrechenbaren Einkünften 90% des mutmasslich entgangenen Verdienstes übersteigen.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

FREIZÜGIGKEIT	
Ziel	Gewährung der Vorsorge im Falle eines Wechsels der Vorsorgeeinrichtung und Vermeidung von Deckungslücken.
Austrittsleistung	Beim Verlassen der Vorsorgeeinrichtung bevor ein Vorsorgefall eingetreten ist (=Freizügigkeitsfall), hat der Versicherte Anspruch auf eine Austrittsleistung. Auch der Versicherte, der die Vorsorgeeinrichtung zwischen dem Mindestalter für den Bezug der Altersleistung und dem reglementarischen Referenzalter verlässt, der seine Erwerbstätigkeit aber weiterführt oder sich arbeitslos meldet, kann die Freizügigkeitsleistung beanspruchen. Bei einer Vorsorgeeinrichtung im Beitragsprimat entspricht der Anspruch bei einer Spareinrichtung dem Sparguthaben; bei einer versicherungsmässig geführten Einrichtung dem Deckungskapital. Bei einer Vorsorgeeinrichtung im Leistungsprimat entspricht der Anspruch dem Barwert der erworbenen Leistungen. Als Mindestbetrag hat die versicherte Person Anspruch auf die eingebrachte Eintrittsleistung samt Zinsen sowie auf die von ihr während der Beitragsdauer geleisteten Beiträge samt einem Zuschlag von 4 Prozent pro Altersjahr ab dem 20. Altersjahr, höchstens aber 100 Prozent (Aufwendungen für die Deckung des Todes- und Invaliditätsrisikos können abgezogen werden). Beim Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung wird der versicherten Person die mitgebrachte Austrittsleistung gutgeschrieben. Wird die Freizügigkeitsleistung nicht zum Übertritt in eine andere Kasse verwendet (z.B. Aufgabe der Erwerbstätigkeit), so muss sie auf ein gesperrtes Konto oder eine gesperrte Versicherungspolice eingezahlt werden.
Barauszahlung	Die Leistung kann bar ausgezahlt werden, wenn: – die anspruchsberechtigte Person die Schweiz endgültig verlässt; – die anspruchsberechtigte Person eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und der obligatorischen Versicherung nicht mehr unterstellt ist; – die Austrittsleistung weniger als den Jahresbeitrag der versicherten Person beträgt.
EHESCHEIDUNG*	
	Die während der Dauer der Ehe erworbenen Ansprüche aus der beruflichen Vorsorge werden bei der Scheidung grundsätzlich gleichmässig zwischen den Eheleuten aufgeteilt.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

WOHNEIGENTUMSFÖRDERUNG	
	Die versicherte Person kann, um Wohneigentum für den eigenen Bedarf zu erwerben oder um sich am Wohneigentum zu beteiligen oder um eine Hypothek auf dem Wohneigentum zu amortisieren: – den Anspruch auf Vorsorgeleistungen verpfänden; – einen Betrag bis zur Höhe der Freizügigkeitsleistung verpfänden (unter bestimmten Voraussetzungen); – einen Betrag bis zur Höhe der Freizügigkeitsleistung vorbeziehen. Über 50-jährige Personen können höchstens den Betrag der Freizügigkeitsleistung im Alter 50 oder die hälftige Freizügigkeitsleistung beziehen. Wer den Vorbezug beansprucht, nimmt die Kürzung des künftigen Leistungsanspruches in Kauf. Bei Veräusserung des Wohneigentums muss der bezogene Betrag grundsätzlich an die Vorsorgeeinrichtung zurückbezahlt werden. Der vorbezogene Betrag wird unmittelbar beim Bezug besteuert; nach erfolgter Rückzahlung an die Vorsorgeeinrichtung können die Steuern zurückverlangt werden.

GEBUNDENE SELBSTVORSORGE (Säule 3a)

GESETZGEBUNG	BVG, Artikel 82 Absatz 2 sowie Verordnung vom 13. November 1985 über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3)
Versicherte	Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende, auf freiwilliger Ebene.
Verfahren	Einzahlung eines vom Versicherten bestimmten Beitrages auf ein gesperrtes Konto bei einer Bankstiftung oder auf eine gesperrte Versicherungspolice. Dieser Betrag kann vom steuerbaren Einkommen bis zu den auf S. 6 erwähnten Grenzbeträgen (Arbeitnehmer: SFr. 7 258.–, Selbständigerwerbende: SFr. 36 288.–) abgezogen werden. Personen, die in bestimmten Jahren keine Beiträge oder nur Teilbeträge eingezahlt haben, können Beitragslücken durch Einkäufe bis zu 10 Jahre rückwirkend ausgleichen. Diese Beträge werden bis zum Eintritt des Versicherungsfalles gesperrt. Die nach Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) weiterhin erwerbstätigen Vorsorgenehmer können während weiteren 5 Jahren Beitragszahlungen für die Säule 3a entrichten.
Anspruchsberechtigte	Der Vorsorgenehmer und bei dessen Tod die direkten Erben sowie, wenn keine Erben vorhanden sind, die vom Versicherten bezeichneten Personen.
Auszahlung der Leistungen	Frühestens 5 Jahre bevor der Vorsorgenehmer das Referenzalter (Rentenalter) erreicht. Wenn der Vorsorgenehmer nach Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) weiterhin erwerbstätig ist, kann der Bezug bis höchstens fünf Jahre aufgeschoben werden.
Vorzeitige Auszahlung	– Bei Invalidität, wenn der Vorsorgenehmer eine ganze Rente der IV bezieht; – für den Erwerb von Wohneigentum durch den Vorsorgenehmer; – wenn der Vorsorgenehmer die Schweiz endgültig verlässt; – wenn der Vorsorgenehmer eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und der obligatorischen Versicherung nicht mehr unterliegt oder wenn er seine bisherige selbständige Erwerbstätigkeit aufgibt und eine andersartige selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt; – wenn die Austrittsleistung weniger als den Jahresbetrag des Vorsorgenehmers beträgt.

FAMILIENZULAGEN

FAMILIENZULAGEN IN DER LANDWIRTSCHAFT	
GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Juni 1952 über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Bezugsberechtigte Personen	Landwirtschaftliche Arbeitnehmer und selbstständigerwerbende Landwirte.
Zulagenbegründende Kinder	Kinder verheirateter oder unverheirateter Eltern; Adoptivkinder; Stiefkinder*; Pflegekinder; Geschwister und Enkelkinder der bezugsberechtigten Person, wenn diese für deren Unterhalt in überwiegendem Mass aufkommt.
Leistungen	
Kinderzulage	im Talgebiet: SFr. 215.– pro Kind und Monat; im Berggebiet: SFr. 235.– pro Kind und Monat.
Ausbildungszulage	im Talgebiet: SFr. 268.– pro Kind und Monat; im Berggebiet: SFr. 288.– pro Kind und Monat.
Haushaltungszulage	SFr. 100.– pro Monat nur für landwirtschaftliche Arbeitnehmer.
Altersgrenze	
Kinderzulage	16 Jahre; 20 Jahre für erwerbsunfähige Kinder.
Ausbildungszulage	25 Jahre.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

FAMILIENZULAGEN (Fortsetzung)

FAMILIENZULAGEN AUSSERHALB DER LANDWIRTSCHAFT	
GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 24. März 2006 über die Familienzulagen und Finanzhilfen an Familienorganisationen (FamZG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 26 kantonale Familienzulagenordnungen
Bezugsberechtigte Personen	Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende; Arbeitslose Mütter, die Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung haben; Nichterwerbstätige, deren jährliche Einkommen SFr. 44 100.– nicht übersteigen; gemäss dem FamZG können die Kantone hier den Kreis der berechtigten Personen ausdehnen.
Zulagenbegründende Kinder	Kinder verheirateter oder unverheirateter Eltern; Adoptivkinder; Stiefkinder*; Pflegekinder; Geschwister und Enkelkinder der bezugsberechtigten Person, wenn diese für deren Unterhalt in überwiegendem Mass aufkommt.
Leistungen	
Kinderzulage	Mindestens SFr. 215.– pro Kind und Monat.
Ausbildungszulage	Mindestens SFr. 268.– pro Kind und Monat. Gemäss dem FamZG können die Kantone höhere Ansätze vorsehen.
Geburts-/Adoptionszulage	Neun Kantone (Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Schwyz, Uri, Waadt und Wallis) gewähren Geburtszulagen, die je nach Kanton zwischen SFr. 1 000.– und SFr. 3 234.– pro Geburt betragen (in drei Kantonen ist der Ansatz höher bei Mehrlingsgeburten oder ab dem dritten Kind). Acht dieser Kantone (Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Uri, Waadt und Wallis) gewähren eine Adoptionszulage für das Kind, das im Hinblick auf eine Adoption aufgenommen wird; sie entspricht dem Betrag der Geburtszulage.
Altersgrenze	
Kinderzulage	16 Jahre; 20 Jahre für erwerbsunfähige Kinder. Besteht für das Kind schon vor Vollendung des 16. Altersjahrs ein Anspruch auf eine Ausbildungszulage, so wird diese anstelle der Kinderzulage ausgerichtet.
Ausbildungszulage	25 Jahre.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (AVIG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Begriffe	
Vollarbeitslosigkeit	In keinem Arbeitsverhältnis stehen und eine Vollzeitbeschäftigung suchen.
Teilarbeitslosigkeit	- In keinem Arbeitsverhältnis stehen und lediglich eine Teilzeitbeschäftigung suchen oder - eine Teilzeitbeschäftigung haben und eine Vollzeit- oder eine weitere Teilzeitbeschäftigung suchen.
Versicherte	Arbeitnehmer, die nach dem AHVG obligatorisch versichert sind (S. 18) und das Referenzalter (Rentenalter) noch nicht erreicht haben.
Leistungen	Arbeitslosenentschädigung, Kurzarbeitsentschädigung, Schlechtwetterentschädigung, Insolvenzentschädigung. Finanzielle Leistungen für arbeitsmarktliche Massnahmen.
ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG	
Rahmenfristen	
für den Leistungsbezug	Zwei Jahre pro Arbeitslosigkeit; sie beginnt mit dem ersten Tag, für den sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Zweijährige Verlängerung für: - Versicherte, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ohne Förderung durch die Arbeitslosenversicherung aufgenommen haben, unter gewissen Bedingungen; - Versicherte, die sich der Erziehung ihrer Kinder gewidmet haben, unter gewissen Bedingungen; - Versicherte, die innerhalb der letzten 4 Jahre vor Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) arbeitslos geworden sind und deren Vermittlung stark erschwert ist.
für die Beitragszeit	Zwei Jahre pro Arbeitslosigkeit; sie beginnt zwei Jahre vor der Rahmenfrist für den Leistungsbezug. Verlängerung von: - höchstens zwei Jahre für Versicherte, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ohne Förderung durch die Arbeitslosenversicherung aufgenommen haben, unter gewissen Bedingungen; - vier Jahre für Versicherte, die sich der Erziehung ihrer Kinder gewidmet haben, unter gewissen Bedingungen.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)	
Anspruchsvoraussetzungen	Der Versicherte muss: - ganz oder teilweise arbeitslos sein; - einen anrechenbaren Arbeitsausfall von mindestens zwei aufeinander folgenden vollen Arbeitstagen mit einem Verdienstausfall erlitten haben; - in der Schweiz wohnen; - die obligatorische Schulzeit zurückgelegt haben; - das Referenzalter (Rentenalter) noch nicht erreicht haben; - die Beitragszeit erfüllt haben oder von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sein; - vermittlungsfähig sein; - die Kontrollvorschriften erfüllen.
Beitragszeit	12 Monate innerhalb der Rahmenfrist für die Beitragszeit. Gewisse Personen sind von der Erfüllung der Beitragzeit befreit (Personen, die wegen einer Ausbildung, einer Krankheit, eines Unfalls, einer Haft, usw., in keinem Arbeitsverhältnis stehen konnten).
Form	Die Arbeitslosenentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet (5 Taggelder pro Woche).
Dauer der Leistung	
Allgemeine Wartezeit	5 Tage. Für Personen ohne Unterhaltspflichten gegenüber Kindern unter 25 Jahren beträgt die Wartezeit: - 10 Tage bei einem versicherten Verdienst zwischen SFr. 60 001.– und SFr. 90 000.– pro Jahr; - 15 Tage bei einem versicherten Verdienst zwischen SFr. 90 001.– und SFr. 125 000.– pro Jahr; - 20 Tage bei einem versicherten Verdienst über SFr. 125 000.– pro Jahr. Versicherte mit einem versicherten Verdienst bis SFr. 36 000.– pro Jahr sowie Versicherte mit Unterhaltspflichten gegenüber Kindern unter 25 Jahren und einem versicherten Verdienst zwischen SFr. 36 001.– und SFr. 60'000.– pro Jahr haben keine allgemeine Wartezeit zu bestehen.
Besondere Wartezeit	Zusätzlich zur allgemeinen Wartezeit: - 120 Tage für Personen, die aufgrund einer Ausbildung, einer Krankheit, eines Unfalls, einer Mutterschaft oder einer Haft von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind; - 5 Tage für die anderen Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind; - 1 Tag für den Versicherten, der im Anschluss an eine Saisontätigkeit oder an eine Tätigkeit in einem Beruf, in dem häufig wechselnde oder befristete Anstellungen üblich sind, arbeitslos wird.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)	
Dauer der Leistung (Fortsetzung)	
Anzahl der Taggelder	Innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug, höchstens: - 200 Taggelder für Personen bis zum zurückgelegten 25. Altersjahr ohne Unterhaltspflichten gegenüber Kindern; - 260 Taggelder, wenn der Versicherte eine Beitragszeit von insgesamt 12 Monaten nachweisen kann; - 400 Taggelder, wenn der Versicherte eine Beitragszeit von insgesamt 18 Monaten nachweisen kann; - 520 Taggelder, wenn der Versicherte eine Beitragszeit von mindestens 22 Monaten nachweisen kann und mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt: das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder eine Invalidenrente bezieht, die einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% entspricht; - 90 Taggelder für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind. Versicherte, die innerhalb der letzten 4 Jahre vor Erreichen des Referenzalters (Rentenalter) arbeitslos geworden sind und deren Vermittlung stark erschwert ist, haben Anspruch auf höchstens 120 zusätzliche Taggelder.
Berechnung der Entschädigung	
Versicherter Verdienst	Lohn, der im allgemeinen während den letzten 6 Beitragsmonaten vor der Entschädigung erzielt wurde. Max. SFr. 12 350.– /Monat. Besondere Regelungen gelten für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind (Pauschalansätze).
Höhe	80% des versicherten Verdienstes. 70% des versicherten Verdienstes für Versicherte, die - keine Unterhaltspflicht gegenüber Kindern unter 25 Jahren haben, und - ein volles Taggeld von mehr als SFr. 140.– erhalten, und - keine Invalidenrente beziehen, die einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% entspricht.
Sanktionen	Die Anspruchsberechtigung wird eingestellt, wenn der Versicherte: - durch eigenes Verschulden arbeitslos ist; - zu Lasten der Versicherung auf Lohn- oder Entschädigungsansprüche gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber verzichtet hat; - sich persönlich nicht genügend um zumutbare Arbeit bemüht; - die Kontrollvorschriften oder die Weisungen der zuständigen Amtsstelle nicht befolgt, namentlich eine zumutbare Arbeit nicht annimmt oder eine arbeitsmarktliche Massnahme ohne entschuldbaren Grund nicht antritt, abbricht oder deren Durchführung oder Zweck durch sein Verhalten beeinträchtigt oder verunmöglicht; - unwahre oder unvollständige Angaben gemacht oder in anderer Weise die Auskunfts- oder Meldepflicht verletzt hat; - Arbeitslosenentschädigung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat; - während der Planungsphase eines Projektes Taggelder bezog und nach Abschluss der Planungsphase aus eigenem Verschulden keine selbstständige Erwerbstätigkeit aufnimmt.
Dauer der Einstellung	- 1-15 Tage bei leichtem Verschulden; - 16-30 Tage bei mittelschwerem Verschulden; - 31-60 Tage bei schwerem Verschulden.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KURZARBEITSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	- Der Versicherte erleidet einen unvermeidbaren Arbeitsausfall, der auf wirtschaftliche Gründe zurückzuführen ist und mindestens 10% der Arbeitsstunden ausmacht, die von den Arbeitnehmern des Betriebes normalerweise insgesamt geleistet werden; - das Arbeitsverhältnis der versicherten Person wurde nicht gekündigt; - der Arbeitsausfall ist voraussichtlich vorübergehend und es darf erwartet werden, dass dadurch die betreffenden Arbeitsplätze erhalten werden können.
Dauer der Leistung	Höchstens 18 Abrechnungsperioden (eine Abrechnungsperiode = ein Monat) innerhalb von zwei Jahren. Diese Frist beginnt mit dem ersten Tag der ersten Abrechnungsperiode, für die Entschädigung ausgerichtet wird. Der Bundesrat hat die Höchstdauer für die Auszahlung der Entschädigung vorübergehend auf 24 Monate verlängert (diese Regelung gilt mindestens bis zum 31. Januar 2027) Vier Abrechnungsperioden im Falle eines Arbeitsausfalls, der 85% der normalen betrieblichen Arbeitszeit überschreitet.
Wartefrist	Vom Bundesrat festgelegt, höchstens drei Tage, für jede Abrechnungsperiode. Derzeit beträgt die Wartezeit 1 Tag.
Höhe	80% des letzten Lohns (Max. SFr. 12 350.– /Monat) vor Beginn der Kurzarbeit.
SCHLECHTWETTERENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	- Der Versicherte erleidet einen vom Arbeitgeber gemeldeten Arbeitsausfall, der ausschließlich durch das Wetter verursacht wurde; - die Fortführung der Arbeiten ist trotz genügender Schutzvorkehrungen technisch unmöglich oder wirtschaftlich unvertretbar oder kann den Arbeitnehmern nicht zugemutet werden.
Dauer der Leistung	Höchstens sechs Abrechnungsperioden (eine Abrechnungsperiode = ein Monat) innerhalb von zwei Jahren.
Wartefrist	Vom Bundesrat festgelegt, höchstens drei Tage für, jede Abrechnungsperiode.
Höhe	80% des letzten Lohns (Max. SFr. 12 350.– /Monat) vor Beginn des Arbeitsausfalls.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

INSOLVENZENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	Der Versicherte muss: - im Zeitpunkt der Konkurseröffnung gegen seinen Arbeitgeber Lohnforderungen haben; - gegen seinen Arbeitgeber für Lohnforderungen das Pfändungsbegehren gestellt haben.
Geltendmachung des Anspruchs	Der Versicherte muss seinen Entschädigungsanspruch spätestens 60 Tage nach der Veröffentlichung des Konkurses stellen oder, im Falle einer Pfändung, innert 60 Tagen nach dem Pfändungsvollzug. Mit dem Ablauf dieser Fristen erlischt der Anspruch auf Insolvenzentschädigung.
Höhe	100% der effektiven Lohnforderung (Max. SFr. 12 350.– /Monat) für höchstens vier Monate.
ARBEITSMARKTLICHE MASSNAHMEN	
Grundsätze	Die Arbeitslosenversicherung erbringt finanzielle Leistungen für arbeitsmarktliche Massnahmen. Mit arbeitsmarktlichen Massnahmen soll die Eingliederung von Versicherten, die aus Gründen des Arbeitsmarktes erschwert vermittelbar sind, gefördert werden.
Massnahmen	Bildungsmassnahmen (individuelle oder kollektive Kurse zur Umschulung, Weiterbildung oder Eingliederung, Teilnahme in Praxisfirmen und Ausbildungspraktika), Beschäftigungsmassnahmen (Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Berufspraktika, Motivationssemester), spezielle Massnahmen (Einarbeitungszuschüsse, Ausbildungszuschüsse, Pendlerkosten- oder Wochenaufenthalterbeiträge, Unterstützung zur Förderung der selbstständigen Erwerbstätigkeit).